

POINT DE VUE

La carte bancaire ne doit pas remplacer la carte Vitale !

La solidarité sur laquelle repose la Sécurité sociale s'effrite au fil des réformes. L'avenir de notre système de santé devra être au cœur du débat politique lors des élections de 2012.

André GRIMALDI

Le Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire a été réalisé à l'initiative de médecins et de spécialistes de santé publique non-médecins. Il est signé par 123 personnalités de tous horizons, toutes affirmant leur attachement aux valeurs d'égalité et de solidarité qui ont fondé le système de santé français. Elles témoignent de leur inquiétude face à l'accroissement des inégalités en matière de santé.

Ce manifeste a pour ambition de faire en sorte que le débat sur la santé ne soit pas une nouvelle fois escamoté lors de la prochaine campagne présidentielle. Nous sommes en effet convaincus que notre système de santé est en train de changer profondément sans que les citoyens aient eu à en décider faute d'avoir pu en débattre. Le système de santé français qui s'est développé depuis la création de la Sécurité sociale en 1945 était fondé sur un système mixte public/privé. Le financement est assuré à la fois par la Sécurité sociale et par les assurances complémentaires, mutuelles et assurances privées. Mais tandis que la Sécurité sociale fonctionne selon le principe de solidarité – chacun paie selon ses moyens et reçoit selon ses besoins –, les mutuelles et les assureurs privés fonctionnent avec des primes indépendantes des revenus et dépendantes du risque encouru. La « gouvernance » de notre système est elle-même bicéphale, assurée à la fois par la Sécurité sociale et par l'État. C'est la Sécurité sociale qui paie, mais c'est l'État qui fixe les prix à

la suite de négociations avec les industriels de la santé. Ce système mixte s'est développé jusque dans les années 1980, à la satisfaction et des usagers et des professionnels, mais au prix d'un coût croissant atteignant aujourd'hui près de 12 pour cent du produit intérieur brut, PIB.

En 2000, l'Organisation mondiale de la santé consacrait le système français comme le meilleur du monde, malgré ses imperfections et ses inégalités persistantes. Mais l'augmentation des coûts de la santé de trois à quatre pour cent par an pose le pro-

EN FRANCE, 15 POUR CENT de la population renoncent à des soins pour des raisons financières.

blème de sa régulation. Non pas que la France dépense beaucoup plus que les autres pays développés : nous sommes en deuxième position en proportion du PIB, mais en sixième position derrière la Suisse, le Canada, l'Australie, les Pays-Bas et les États-Unis, et juste devant l'Allemagne, en euros dépensés pour la santé par habitant.

Quoi qu'il en soit, il nous faut choisir le type de régulation des coûts de santé que nous souhaitons : une régulation par les professionnels, censés appliquer le juste soin au moindre coût, et par les usagers, supposés ne pas abuser de ce bien collectif forcément limité et donc précieux, est à l'évidence insuffisante. Deux types de régulation sont possibles : la régulation par le marché et la régulation publique.

La régulation par le marché vise à reporter une part croissante des soins sur les ménages, directement ou par l'intermédiaire des mutuelles et des assurances privées. Ce choix représente une double rupture dans la solidarité entre riches et pauvres, puisque les pauvres paient beaucoup plus que les riches proportionnellement à leurs revenus, et entre bien-portants et personnes à risque, ces dernières, et en particulier les personnes âgées, payant plus que les bien-portants à risque faible. Nous sommes engagés dans cette voie, mais nous approchons du point de rupture.

En effet, la Sécurité sociale se désengage de plus en plus du remboursement des soins courants et consacre ses moyens aux plus pauvres couverts par la couverture mutuelle universelle, CMU, et aux patients atteints des pathologies les plus graves. Pour les soins courants, c'est-à-dire les soins prodigués à 80 pour cent de la population, elle ne rembourse plus que 50 pour cent des frais, tandis que les mutuelles et assureurs privés augmentent le montant de leurs primes de cinq à sept pour cent par an. Lorsque les personnes appartenant aux classes moyennes constateront qu'elles paient de plus en plus pour la santé des autres et reçoivent de moins en moins de la Sécurité sociale lorsqu'elles sont elles-mêmes malades, elles demanderont à en finir avec ce système solidaire. En France, aujourd'hui, 15 pour cent de la population renoncent à des soins pour des raisons financières, et ce chiffre dépasse 30 pour cent pour les

quatre millions de personnes qui n'ont pas d'assurance complémentaire.

À l'opposé de cette régulation par le marché, nous proposons dans le manifeste une régulation publique. Celle-ci suppose de revoir la liste des médicaments, des produits de santé et des actes médicaux relevant de la solidarité et ceux qui n'en relèvent pas. Il faut donc non seulement évaluer le rapport bénéfice / risque des médicaments, mais également, ce qui n'est pas fait, le rapport bénéfice / coût pour la société. Encore faudrait-il qu'on en finisse avec la dualité entre la commission évaluant l'amélioration du service médical rendu et le comité négociant les prix avec l'industrie, dualité qui a permis au Médiateur d'être remboursé à 100 pour cent pour les diabétiques bien qu'à deux reprises son amélioration du service médical rendu ait été jugée faible ou nulle et qu'il n'ait jamais été officiellement recommandé aux diabétiques ! Coût pour la Sécurité sociale : 1,2 milliard d'euros !

Réintroduire bon sens, transparence et éthique

Le remboursement de médicaments à 15 ou à 30 pour cent est un non-sens. Ou un médicament est utile et il doit être remboursé, ou il est inutile ou peu utile et il ne doit pas être remboursé du tout ! En outre, est-il logique que la Sécurité sociale continue à rembourser les cures thermales ? Maintenir notre système de solidarité suppose de revenir au taux de remboursement minimal originel de la Sécurité sociale de 80 pour cent, tout en maintenant la CMU et le remboursement à 100 pour cent pour les affections coûteuses de longue durée. Les assurances complémentaires n'auraient à rembourser que le ticket modérateur résiduel de 20 pour cent. En outre, une évaluation comparative des pratiques médicales devrait permettre de réduire les écarts injustifiables pouvant aller de un à trois selon les établissements de santé quant au nombre de césariennes ou de poses de stents coronariens pratiquées.

Parallèlement à cette réduction des dépenses médicalement injustifiées, il faudra revoir les recettes de la Sécurité sociale en supprimant une grande partie des niches

qui atteignent 35 milliards d'euros. Tous les revenus doivent être soumis à un prélèvement à taux progressif pour financer la solidarité. Par ailleurs, la réduction des dépenses des assurances complémentaires, mutuelles et assurances privées, devrait permettre un transfert d'une grande part de leurs primes vers la Sécurité sociale. Dès lors, au lieu de financer les dépenses de santé par la dette en les reportant sur les générations futures, on pourra appliquer une règle d'or : toute augmentation globale des dépenses de santé médicalement justifiées devra être payée l'année suivante par une augmentation automatique des recettes. Les Français devront alors choisir démocratiquement la part de la richesse nationale qu'ils veulent consacrer à leur système de santé.

En effet, la régulation par le marché, comme c'est le cas aux États-Unis, ne peut conduire qu'à l'échec, et ce pour deux raisons : d'abord parce que le patient n'est pas un « consommateur éclairé », il n'a pas choisi d'être malade, il est une personne angoissée qui n'est pas à même de juger de la pertinence des prescriptions, et ensuite parce que les frais de gestion des mutuelles correspondent à 22 pour cent de leur chiffre d'affaires, contre moins de 5 pour cent pour la Sécurité sociale.

Le choix se situe donc entre, d'une part, un système solidaire égalitaire régulé et, d'autre part, une modération relative de la dépense publique grâce à un transfert des frais aux « ménages » et aux assurances complémentaires, au prix d'une inégalité croissante et d'un coût final pour l'ensemble de la société beaucoup plus élevé. Nous refusons que ce choix soit fait en catimini. L'élection présidentielle doit être l'occasion d'affronter cette question dont les enjeux sont considérables, sans se contenter de banalités sur l'indispensable « maîtrise des dépenses » et la nécessaire « responsabilisation des patients » alors que « les caisses sont vides ».

André GRIMALDI est professeur de diabétologie à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris.

A. Grimaldi et al., Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire, Odile Jacob, 2011.



Réagissez en direct à cet article sur www.pourlascience.fr



→ pourlascience.naturejobs.com

Nouveau service d'offres d'emplois scientifiques sur

POUR LA
SCIENCE

en partenariat avec
naturejobs



- Chaque semaine, plus de **8000 offres d'emploi** dans le secteur des sciences.
- En un clic la **sélection des postes à pourvoir en France** et dans les pays francophones ou voisins.
- Une équipe Naturejobs spécialisée, **au service des recruteurs francophones**.
Contact : Muriel Lestringuez
E-mail : m.lestringuez@nature.com
Tél. : +44 20 7843 4994

POUR LA
SCIENCE.fr

Le site de référence de l'actualité scientifique